



Csornai Margit Kórház
9300 Csorna, Soproni út 64
Tel.: 96/590-505
Fax: 96/261-378
e-mail: titkarsag@margitkorhaz.hu

3. számú melléklet

**KÖZÉRDEKŰ ADAT MEGISMERÉSÉRE IRÁNYULÓ
IGÉNYBEJELENTŐ LAP**

Az igénylő személy vagy szervezet neve:

.....

Az igényelt közérdekű adat/ok/ konkrét megjelölése:

.....

.....

.....

.....

Az adatkérés időpontja:

Az adatkérés teljesítésének módja:

Az adatokról szóbeli/írásbeli tájékoztatást kérek

Az adatokat megtekintésre kérem rendelkezésre bocsátani

Az adatokról másolat készítését kérem

(a megfelelő aláhúzendó)

Nyilatkozat

Alulírott(név) nyilatkozom, hogy az igényem teljesítése során felmerülő költségeket a Csornai Margit Kórház részére (a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

Megtérítem

Nem térítem meg.

A nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a felmerülő költségeket nem vállalom az általam kért információkról csak olyan formában és módon kaphatok tájékoztatást, ami nem okoz meg nem térülő költséget a Csornai Margit Kórháznak. Tudomásul veszem, hogy az igény visszavonása esetén az adatok előállításával összefüggésben visszavonásig felmerült költségeket köteles vagyok megfizetni.

Az elkészített másolatot a(megfelelő rész aláhúzendó)

személyesen

postai úton

e-mail címen keresztül veszem át

Kérem biztosítani, a következő címen, illetőleg személyes átvételkor a következő elérési helyen kérek értesítést:

Telefonszám:

cím:

e-mail:

Az igénylő címe:

Kelt:.....

.....
igénylő aláírása